

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**об оказании платных медицинских услуг**

г. Тавда

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Тавдинская центральная районная больница»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице **заведующей ЦРП** действующей на основании:

и гражданин (ка) \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства предоставить «Заказчику» медицинскую услугу, вид, объем, и цена которой оговариваются сторонами в приложении №1, которое является неотъемлемой частью договора.

1.2. Срок оказания платной медицинской услуги **15 (пятнадцать) дней**

1.3. Место оказания услуг: **Свердловская область г. Тавда ул. Лермонтова д.110**

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется предоставить медицинскую услугу, соответствующую требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в установленный договором срок.

2.2. Исполнитель обязуется предоставить «Заказчику» бесплатную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

2.3. Заказчик обязан оплатить оказываемую медицинскую услугу.

2.4. Заказчик обязуется выполнять условия (требования), от которых зависит качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений: информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

**3. ЦЕНА ПЛАТНОЙ УСЛУГИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1. Цена платной услуги в соответствии с ее видом и объемом устанавливается в размере в соответствии с утвержденными тарифами по прейскуранту \_\_\_\_\_

(цифрами, прописью по итогу приложения №1 к договору)

3.2. Оплата медицинской услуги производится в кассу медицинского учреждения до оказания медицинской услуги (предоплата)

3.3. Заказчик производит плату вышеназванной услуги в срок указанный Исполнителем.

3.4. Исполнитель обязан выдать Заказчику кассовый чек или бланк (квитанцию), установленного образца, подтверждающие прием наличных денег.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдения требований, предъявляемых к методам диагностики, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя в соответствии с законодательством РФ.

4.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушением Заказчиком своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения принятых сторонами обязательств.

5.2. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-66-01-005582 от 06.09.2018г выданную Министерством Здравоохранения Свердловской области, Адрес, место нахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа: Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Вайнера д.34Б, тел/факс 8 (343) 270-18-89

6.2. Заказчик уведомлен о том, что данная медицинская услуга не входит в программу ОМС и не финансируется из бюджета.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

7.1. Исполнитель: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Тавдинская центральная районная больница» 623950, Свердловская область, г. Тавда, ул. Кирова, 117 ИНН 6676002804 КПП 667601001

Банковские реквизиты: Уральское ГУ Банка России, р/с 40601810165773000001, БИК 046577001,

ОГРН 1146676000360 Сведения о юридическом лице внесены в ЕГРЮЛ МИФНС №13 по Свердловской области

ОТДЕЛЕНИЕ: ( Центральная районная поликлиника,  Лабораторное отделение,  Лаборатория СПИД,  Отделение лучевой диагностики,  Физиотерапевтическое отделение,  Приемное отделение, \_\_\_\_\_).

7.2. Заказчик Ф.,И.,О. \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия «\_\_\_\_\_» № «\_\_\_\_\_» выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
Домашний адрес \_\_\_\_\_

7.3. Настоящий договор и приложения к нему составлены в 2-х экз., по одному для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
заведующая ЦРП

ЗАКАЗЧИК

должность

подпись

расшифровка подписи

расшифровка подписи

подпись

**Вид и объем оказываемой платной услуги**

№ п/п	Вид платной медицинской или сервисной услуги по перечню платных услуг	Ф. И. О. специалистов, оказывающих платную услугу	Время оказания услуги в минутах	Цена платной услуги по прейскуранту	Объем платной услуги (кол-во исследований, посещений и др.)	Итого
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
<b>ВСЕГО:</b>						

ИСПОЛНИТЕЛЬ

заведующая ЦРП \_\_\_\_\_

должность

подпись

расшифровка подписи

ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

подпись

**АКТ**

сдачи-приемки оказанных услуг

по договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

г. Тавда

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Исполнитель в лице

(указать должность, фамилию, имя, отчество полностью)

действующий на основании:

с одной стороны и Заказчик \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

с другой стороны составили настоящий акт о том, что услуги по договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

выполнены в полном объеме соответствующим требованиям, предъявленным к методикам диагностических исследований; профилактики и лечения..., разрешенным на территории Российской Федерации и в установленный срок по договору.

Стоимость выполненных услуг составляет \_\_\_\_\_

предусмотренных договором, подлежит оплате в полном объеме.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

заведующая ЦРП \_\_\_\_\_

должность

подпись

расшифровка подписи

ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

подпись